FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean JACQUARD

Né à Mantoche (Haute-Saône), le 13 août 1889

TRAVAIL DU SERVICE DE M. LE PROFESSEUR HUTINEL

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PNEUMONIES PROLONGÉES

CHEZ L'ENFANT

Président : M. HUTINEL, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

—

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	X.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVILLRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE
A MON PÈRE

Je dédie ce travail, faible témoignage de ma reconnaissance et de mon infinie tendresse.

A MES SŒURS, A MON BEAU-FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE BESANÇON

Ils ont guidé mes premiers pas dans l'étude des sciences médicales.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de Clinique des maladies des enfants
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin à l'Hôpital des Enfants-Malades
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PNEUMONIES PROLONGÉES

CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

Au cours de notre stage universitaire à la Clinique des maladies des enfants, nous avons eu la bonne fortune d'entendre M. le professeur Hutinel parler longuement des différentes formes cliniques de la pneumonie infantile et en même temps nous montrer au lit du malade les particularités qu'elles pouvaient présenter. Nos stages terminés, nous avons continué avec plaisir à fréquenter la Clinique des Enfants-Malades et c'est avec joie que nous ambitionnons de faire notre travail inaugural sur un sujet ayant rapport aux malades du service. Nos souhaits ont été exaucés, grâce à l'obligeance de M. le professeur agrégé Nobécourt, qui nous a indiqué les particularités concernant la prolongation des pneumonies comme un intéressant sujet de thèse. Qu'il veuille bien accepter le

témoignage de notre reconnaissance et recevoir tous nos remerciements.

M. le Dr Jules Lemaire, chef de clinique aux Enfants-Malades, nous a aidé de ses conseils dans la rédaction de ce travail. Nous le prions d'accepter l'expression de notre profonde gratitude pour l'accueil si bienveillant que nous avons toujours trouvé auprès de lui.

M. Babonneix, ancien chez de clinique, s'est mis obligeamment à notre disposition pour nous permettre de prendre connaissance des observations du service, nous lui disons profondément merci.

M. le professeur Hutinel a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. A cet honneur, nous opposons l'expression de notre respectueuse gratitude et de tout notre dévouement.

I

PNEUMONIE FRANCHE AIGUË

DE L'ENFANT

La pneumonie franche, lobaire est une inflammation aiguë d'un lobe pulmonaire. L'infiltration fibrineuse, qui résulte de cette inflammation, est caractéristique de l'agent causal le pneumocoque.

Lésion localisée, ne comprenant, le plus souvent, qu'une partie relativement minime de l'appareil respiratoire pulmonaire, elle n'en retentit pas moins sur la totalité de l'organisme, mettant en jeu les nombreuses réactions vitales de l'individu, et ainsi donnant lieu à des phénomènes généraux très intenses.

« L'étude de la pneumonie est l'une des plus vastes de la pathologie. L'affection est commune dans presque tous les pays du globe ; elle est partout meurtrière, elle l'est plus spécialement peut-être sur notre continent ; elle sévit à tous les âges de la vie ; elle ne respecte aucune position sociale ; non seulement elle atteint les individus valides, mais elle menace sans cesse tous ceux qui souffrent,

et elle constitue une des complications les plus redoutables et les plus communes de toutes les maladies aiguës et chroniques (1). »

L'enfant, ainsi que le vieillard, paie à la pneumonie un tribut tout spécial, cette affection atteignant de préférence les deux âges extrêmes de la vie ; mais il est consolant de constater que dans le premier cas, la mortalité ne suit nullement la morbidité, et que le petit pneumonique ne succombe que très rarement à l'infection.

Maladie le plus souvent cyclique, la pneumonie évolue presque toujours en un temps déterminé ; elle révèle ainsi la nature de son agent infectieux le pneumocoque.

Microbiologie. — Le pneumocoque, isolé déjà par Pasteur en 1881, de la salive d'un enfant mort de la rage, fut retiré du sang d'un pneumonique et considéré pour la première fois comme le microbe de la pneumonie par Talamon. Frænkel en fit connaître les caractères morphologiques.

Le pneumocoque est un coccus ovoïde, en forme de fer de lance, se disposant ordinairement par groupe de deux, les extrémités effilées se regardant ; il est entouré d'une capsule claire. Le pneumocoque se colore facilement, il prend le Gram.

Quoique aérobie facultatif, le pneumocoque se développe cependant difficilement dans les milieux

---

1. Grisolle, *Traité de la pneumonie*, 1864.

extra-organiques. Il ne se cultive pas sur la gélatine, et sur la gélose ne donne que de petites colonies transparentes ressemblant à de fines gouttelettes de rosée.

Au contraire, si l'on utilise des milieux spéciaux dit humanisés comme le sérum de lapin (Mosny), le sang défibriné de lapin (Gilbert et Fournier), la gélose au sang, la végétabilité se conserve d'une façon remarquable. Le sérum de lapin et le sang défibriné de lapin constituent de « véritables réactifs du pneumocoque » (Bezançon). A ces réactifs, nous pouvons ajouter, croyons-nous, la souris, qui est certainement l'animal le plus sensible à l'infection du pneumocoque ; une simple injection de quelques parcelles d'un exsudat pneumonique suffit à causer une septicémie mortelle chez cet animal, qui succombe au bout de vingt-quatre heures.

Cette infection provoquée permet en quelque sorte d'évaluer numériquement la virulence du microbe de Talamon ; une septicémie évoluant rapidement demandant un agent microbien à virulence exaltée, tandis qu'une septicémie prolongée de plusieurs jours révèlera un pneumocoque à virulence atténuée.

Chez l'homme ce microbe vit le plus souvent à l'état de sa prophyte. Hôte normal de la bouche, il ne devient pathogène que par exaltation occasionnelle de sa virulence, ou par diminution de la résistance du terrain. Cependant quoiqu'il en soit,

même dans ces cas d'infériorité de l'organisme, la virulence du pneumocoque est rarement telle qu'elle aboutisse à une infection généralisée de l'organisme, et le plus souvent son développement se borne à une culture locale dans le poumon (Bezançon et Griffon). Pour certains la pneumococcémie serait la règle (Lemoine, Abrami et Joltrain) et la pneumonie lobaire la localisation secondaire marquant la victoire de l'organisme sur l'infection septicémique.

Parmi ces faits de microbiologie, relevons les caractéristiques suivantes ; la faible vitalité du pneumocoque et la facilité avec laquelle s'épuisent ses cultures sur milieux ordinaires ; ces propriétés nous serons peut-être utiles pour la compréhension de certains faits cliniques.

Symptomes de la pneumonie franche lobaire chez l'enfant

1° *Début.* — Ordinairement un enfant, jusqu'alors en parfaite santé, est pris brusquement de frisson, fièvre, point de côté sous le sein ou plus bas au niveau du ventre (point de Mac Burney), céphalée, vomissements. Un peu d'oppression et une petite toux sèche viennent bientôt se joindre aux signes précédents ; l'enfant est très abattu ou très agité, la soif est vive, l'appétit nul, la pneumonie est déclarée et va suivre son évolution. Parfois ce début brutal est précédé pendant

plusieurs jours de quelques prodromes tels que céphalée, abattement, légère bronchite. Cette symptomatologie présente de grandes ressemblances avec le début de la pneumonie chez l'adulte ; mais analysons ces différents signes et, nous constaterons, que chez l'enfant chacun d'eux se comporte d'une façon propre à l'âge qui lui appartient.

Le frisson, qui est la règle chez l'adulte reste l'exception chez l'enfant, il n'existe guère qu'une fois sur 10 (Comby), ne revêt que rarement une grande intensité. Le point de côté sans être aussi exceptionnel manque dans plus du 1/3 des cas (Comby) ; mais si sa caractéristique n'est pas dans sa rareté elle est certainement dans sa localisation, le jeune pneumonique indique, dans la grande majorité des cas, son abdomen comme siège de sa douleur ; plus ou moins diffuse, cette douleur peut simuler des coliques, elle peut de même avoir son maximum dans la fosse iliaque droite, au niveau du point de MacBurney et faire penser à une appendicite (pneumonie à début appendiculaire).

Les vomissements sont alimentaires ou bilieux, la fièvre est déjà assez marquée (entre 39° et 40°), une irritation méningée possible se manifestera par du Kernig, de la raideur de la nuque. Notons enfin la constipation, qui est la règle habituelle.

Pendant, qu'ainsi dès le début, la plupart des systèmes réagissent violemment, la pneumonie

naissante reste localement muette ne donnant que des signes négatifs.

2° *Période d'état.* — L'enfant calme, somnolent, plus rarement agité, a le teint coloré, une pommette est particulièrement colorée.

La respiration est fréquente et au pourtour des orifices labial, anal ou vulvaire, on peut constater la présence de vésicules d'herpès. Sa peau brûlante indique une température élevée, qui se maintient aux environs de 40 degrés, sans grandes rémissions matinales, le pouls est rapide, tendu, régulier. La toux est plus fréquente qu'à la première phase de la maladie, mais, contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, n'aboutit pas à l'expectoration et on ne peut s'assurer des caractères morphologiques si importants des crachats pneumoniques, que par des moyens artificiels. Celui qui nous paraît le plus simple est le suivant; un petit lavage d'estomac vide cet organe et nous met en présence du substratum expectoré et dégluti par l'enfant; il ne reste plus qu'à s'assurer de la couleur et de la nature des crachats, il est loisible d'y découvrir le pneumocoque.

Le point de côté thoracique ou abdominal persiste, mais va en diminuant d'intensité, le foie non douloureux est légèrement hypertrophié, la langue est sèche, la soif vive, l'appétit nul, les selles rares. Les urines peu abondantes montrent une rétention chlorurée (0 gr. 50 de chlorure de sodium par litre au lieu de 12 grammes chiffre normal), on

peut y rencontrer de l'albumine. A l'analyse du sang, on constate, l'augmentation de la fibrine comparativement à la masse sanguine, et la numération des globules montre une polynucléose manifeste.

Les signes physiques de la pneumonie doivent être cherchés chez l'enfant surtout au sommet. C'est là leur siège habituel. Ils se précisent tardivement, et, les premiers jours de cette période, leur investigation peut encore rester négative. Il est facile de comprendre ce retard et Cadet de Gassicourt explique excellemment cette modalité caractéristique des signes physiques chez l'enfant: « Pour un motif qui nous échappe, les pneumonies du sommet sont plus fréquemment centrales que celles de la base. Or, ce qui influence les signes physiques, c'est le siège de l'inflammation à la surface ou dans la profondeur de l'organe. Selon qu'elle est superficielle ou centrale, selon qu'elle est rapprochée ou éloignée de l'observateur, il est clair que les signes plessimétriques et stéthoscopiques doivent être fort différents (1). »

A l'inspection outre la dyspnée, on constate parfois le signe de Weil, qui consiste dans le défaut d'expansion de la région sous-claviculaire du côté malade, que l'on ait à faire à une hépatisation du sommet ou à une hépatisation de la base (2).

---

1. Cadet de Gassicourt, I, p. 67.
2. Weil, *Lyon médical*, juin 1901.

La palpation fournit bien peu d'indications. L'exagération des vibrations thoraciques est difficilement perceptible, vu l'indocilité des enfants et la faiblesse de leur voix. Dans certains cas, au lieu d'exagération, on trouve une diminution ou même une absence des vibrations thoraciques due à la pleurésie parapneumonique. Cet épanchement minime, qui consiste en une petite quantité d'un liquide louche qui ne passe jamais à la suppuration et se résorbe spontanément, peut suffire à absorber les faibles vibrations vocales de l'enfant.

La percussion donne d'habitude de bien précieux résultats. La faible épaisseur de la paroi thoracique demande qu'on la fasse avec douceur, si l'on veut saisir les nuances de la matité au début. Cette matité est à limites vagues au niveau du foyer, elle est moins prononcée que la matité pleurétique. Avant la matité, il faut souvent, pendant plusieurs jours, se contenter d'une faible submatité et même celle-ci pourra faire défaut dans les cas de pneumonies centrales. Un autre signe obtenu par la percussion est le skodisme limité à la région sous-claviculaire du côté atteint. Il pourra suffire quelquefois à affirmer le diagnostic de pneumonie, mais, comme la matité ou la submatité, ce signe pourra faire défaut.

L'auscultation se révèle d'ordinaire d'une façon tardive, les signes de percussion précédant les signes auscultatifs, tout dépend de la superficialité de la lésion pneumonique. Au début, on entend quelques

râles crépitants accompagnés de rudesse respiratoire, traduisant l'engouement pulmonaire puis graduellement le souffle tubaire vient faire place au murmure vésiculaire. Ce souffle intense, rude peut s'adoucir et rappeler alors le souffle pleurétique, expiratoire d'abord, il devient par la suite inspiratoire, se propage quelquefois à toute la hauteur du poumon lésé et même occupe le côté opposé. Le retentissement de la voix et de la toux donne la bronchophonie, signe classique de la pneumonie, qui est chez l'enfant d'une recherche assez difficile.

Comme dernier moyen d'investigation, il y a lieu de signaler la radioscopie, qui révèlera à l'écran l'opacité de la région profonde hépatisée et permettra ainsi d'assurer le diagnostic avant l'apparition des signes stéthoscopiques (1).

3° *Terminaison.* — Lorsqu'on arrive au cinquième ou sixième jour de la période précédemment décrite, ordinairement les symptômes, au lieu de s'atténuer, ont une tendance à s'accentuer, la gravité de l'état général augmente, en même temps que les signes locaux s'accusent mieux. La température subit une recrudescence et atteint un maximum jusque-là inconnu (40°5-41 degrés), le pouls plus rapide devient faible et quelquefois arythmique, la dyspnée augmente, du délire peut survenir en

---

1. Variot et Chicotot, Société médicale des hôpitaux de Paris, 2 juin 1899.

même temps que du Kernig, de la raideur de la nuque,signes d'une irritation cérébrale et méningée. C'est ainsi qu'au soir du sixième ou septième jour, on pourrait croire, si on n'était prévenu, à une aggravation de l'état de l'enfant, et que l'on serait fort étonné de constater le lendemain la disparition de cette symptomatologie bruyante et de se trouver en présence d'un enfant apyrétique reposant tranquillement.

La pneumonie chez l'enfant est, en effet, une maladie qui se juge dans l'immense majorité des cas vers le septième jour. La défervescence peut se faire à l'aide de grandes oscillations,ou en un seul temps ou en lysis. En un seul temps, on peut voir la température diminuer de 5 degrés en l'espace de quelques heures,cette chute s'accompagne alors parfois de phénomènes de collapsus, qui, tout en étant dramatiques,ne doivent en rien diminuer la qualité du pronostic. Si la défervescence s'effectue en lysis, la variabilité des symptômes est moins brusque, l'amélioration commençant un jour pour se compléter le lendemain.

La chute de la température est accompagnée de nombreux phénomènes critiques. Les urines augmentent en quantité et d'hypochlorurées qu'elles étaient, deviennent chlorurées à l'excès, réalisant ce qu'on appelle la décharge des chlorures ; la sudation est abondante, le pouls peut encore se trouver irrégulier marquant la persistance de l'imprégnation du bulbe par les toxines pneumo-

niques, la respiration est calme, non dyspnéique, presque normale comme fréquence.

Les symptômes locaux sont aussi grandement modifiés, le souffle et la bronchophonie sont atténués, des râles de retour apparaissent. Graduellement ces râles disparaîtront en même temps que le murmure vésiculaire recouvrera son intensité normale.

Au cours de cette dernière période, le pneumonique entre pour ainsi dire d'emblée dans la guérison, mais la lésion anatomique subsiste pourtant partiellement, et la restitution *ad integrum* du parenchyme pulmonaire demande encore quelques jours.

Certaines fois, le pneumonique, surtout s'il s'agit d'un enfant, fait sa défervescence sans attendre le septième jour, réalisant la forme qu'on a appelée abortive ; dans quelques cas plus rares, les symptômes généraux subsistent de pair avec les symptômes locaux, et la défervescence se fait attendre, c'est la pneumonie prolongée qui fait le sujet de notre thèse.

II

PNEUMONIE PROLONGÉE CHEZ L'ENFANT

Définition

La pneumonie prolongée se définit d'elle-même ; c'est une affection dont la persistance de l'état fébrile est due au retard apporté à la crise finale, ce retard ne reconnaissant pour cause aucune complication. Ainsi, d'emblée sont éliminés tout état infectieux, dû à une localisation extra-pulmonaire du pneumocoque et toute infection secondaire pouvant se développer à la faveur, du *locus minoris resistentiæ* crée par l'infection pneumonique. Faisons cependant une exception pour la pleurésie parapneumonique, dont nous avons spécifié la marche au cours de notre étude sur la pneumonie franche. La pleurésie para-pneumonique ne peut être, en effet, considérée comme une complication. C'est un fait normal et d'ordre général qu'un poumon hépatisé ait une séreuse qui réagisse à l'infection pneumococcique. Du reste, directement en rapport avec la lésion primitive, cette pleurésie minime meurt en même temps que

la lésion qui l'a fait naître. Il n'en est, bien entendu, plus de même de la pleurésie méta-pneumonique dont nous aurons à nous occuper, lorsque nous traiterons du diagnostic différentiel de la pneumonie prolongée.

Anormale comme durée, la pneumonie prolongée peut se trouver en même temps anormale dans l'intensité des symptômes généraux et la multiplicité des signes physiques. Parmi les premiers, le début est souvent spécial, lent, progressif, puis la prostation vient plus souvent, que dans les cas ordinaires, augmenter la gravité de l'état général. Le mauvais état du tube digestif se manifeste quelquesfois par de la diarrhée, d'autant plus fréquente que le sujet est plus jeune. Les signes physiques sont des plus variables. Tantôt ils restent muets pendant une période plus ou moins longue, puis apparaissent normaux dans leur ensemble. Tantôt, au contraire, ils existent dès le début, mais ou le foyer pneumonique s'étend de proche en proche augmentant la hauteur de la région hépatisée, ou il se crée un second, un troisième foyer qui viennent modifier la modalité des symptômes pulmonaires.

Nous ne croyons pas devoir, en ce moment, entrer plus avant dans l'étude des symptômes de la pneumonie prolongée et préférons noter à propos de chaque forme sa caractéristique symptomatique.

Historique

La pneumonie différenciée de la pleurésie, par les successeurs d'Hippocrate, ne fut isolée du chaos pathologique que dans quelques cas typiques, tant que la médecine fut seulement une science d'observation. Laënnec augmenta nos moyens d'investigation, de la constatation anatomique et de l'auscultation, et cependant les auteurs de la première moitié du siècle dernier ne reconnurent point l'existence de certaines pneumonies à évolution anormalement prolongée : c'est à Rilliet et Barthez qu'il faut arriver pour lire un ouvrage faisant mention de cette question. Dans leur merveilleux *Traité des maladies de l'enfance* (1843), ces auteurs parlent de certaines pneumonies consécutives à une affection antérieure et notent : « La marche de la fièvre n'est pas tout à fait la même que dans les pneumonies primitives, elle est, en général, plus persistante, elle n'offre pas cette progression croissante régulière jusqu'au septième jour et cette diminution à partir de ce jour-là ». Grisolle, en 1861, fait paraître son *Traité de la pneumonie* et distingue parmi les formes cliniques une forme typhoïde, qui règne parfois d'une façon épidémique et est caractérisée par des prodromes de durée variable pouvant atteindre quinze jours ; cette pneumonie est susceptible d'une forme

ataxique et d'une forme adynamique et le poumon n'apporte aucun retard pour revenir à l'état normal. Trente ans plus tard, au Congrès de Rome, le professeur d'Espine, de Genève, prononce le terme de pneumonie prolongée, montre sa fréquence surtout chez le nourrisson, nous met en garde contre une erreur de diagnostic faisable entre cette affection et la forme légère de fièvre typhoïde.

En 1900, M. Lerouxprésente, à la Société de Pédiâtrie de Paris, deux cas de pneumonie à durée anormale ; suit une discussion et M. Comby donne en ces termes une première classification : « J'ai vu d'assez nombreux cas de pneumonie prolongée. Il faut distinguer plusieurs catégories :

1° Pneumonie serpigineuse ; le foyer débute en un point quelconque du poumon pour parcourir ensuite les divers lobes en deux ou trois temps, doublant ainsi ou triplant le cycle thermique ;

2° Pneumonie double successive ; il se déclare une pneumonie dans le poumon sain, alors que le poumon malade n'est pas encore guéri, et la défervescence est ainsi retardée de sept à huit jours ;

3° Pneumonie à rechutes ; plusieurs foyers successifs, séparés par des intervalles apyrétiques ;

4° Pneumonie secondaire ; le malade est pris tout à coup de fièvre et reste hyperthermique pendant huit ou dix jours sans crise, sans signes de localisation pulmonaire. Puis la pneumonie se déclare et le cycle thermique peut ainsi durer quinze jours et trois semaines.

En 1902 paraît un article sur les formes prolongées de la pneumonie lobaire chez l'enfant, dans *le Marseille médical.* Cet article, signé de M. Raybaud, comprend les formes suivantes : la serpigineuse, la double successive, la forme typhoïde et une quatrième forme prolongée aboutissant à la tuberculose.

Puis plus près de nous viennent ensuite, un article de M. Gillet *(Particularité et forme de la pneumonie fibrineuse chez l'enfant* [*Gaz., des hôpitaux*, 27 juin 1903]), la thèse de Rancher sur *Les formes de la pneumonie prolongée chez l'enfant.* (Paris, 1904), et quelques articles parus dans la littérature médicale résumant quelques observations intéressantes, que nous citerons à loisir au cours de notre travail.

III

ÉVOLUTION ET PATHOGÉNIE

Les pneumonies prolongées semblent mettre en contradiction les propriétés si caractéristiques du pneumocoque, dont le mode de virulence est si particulier, ainsi que nous le faisions remarquer plus haut. En 1899, M. Chauffard écrivait en ces termes dans *la Presse médicale* : « Fibrinogène et pyrétogène, le pneumocoque est un microorganisme à action violente, mais rapide et éphémère; au bout d'un temps limité et relativement court, toujours le même, pourrait-on dire, il cesse de végéter, il cesse de se reproduire. Si l'on transporte sur le terrain de la clinique ces faits d'observation bactériologique, on comprendra pourquoi la pneumonie présente une lésion si fibrineuse, pourquoi elle est une maladie si fébrile à évolution brève et cyclique. »

Reconnaissant toutefois, que les propriétés du pneumocoque ne correspondaient pas à la totalité des cas, M. Chauffard ajoutait : « Mais le cycle de la pneumonie franche n'est pas toujours parfait

et il suffit d'observer un certain nombre de malades, pour voir des cas se prolonger au delà de la durée habituelle de la maladie. »

Cherchons les causes de cette prolongation. Le pneumocoque secrète des toxines, provoque la formation d'antitoxines dans le sérum sanguin, saturé d'antitoxines, le sérum agit sur la vitalité du pneumocoque et interrompt la durée de l'infection. Ainsi comprise, cette durée dépend seulement d'une saturation suffisante de l'organisme par les antitoxines élaborées par lui. Or, il arrive que chez l'enfant cette saturation met un temps minime pour s'établir et qu'ainsi forcément le le pneumocoque diminue plus vite de virulence.

Cette victoire rapide de l'organisme jeune contre une infection microbienne n'est pas un fait unique dans la pathologie infantile, la fièvre typhoïde est ordinairement plus courte chez l'enfant que chez l'adulte.

Néanmoins, ainsi que chez l'adulte (1), la pneumonie peut retarder sa crise et n'opérer sa défervescence que d'une façon tardive et lente, et alors les propriétés du pneumocoque ne peuvent faire comprendre cette évolution, si on ne conçoit un changement de ses propriétés vitales. Or, on sait qu'il est possible d'exalter la virulence de ce microbe par divers moyens : les milieux de culture

---

1. V. Mlle Bourgeois. *Des Pneumonies prolongées*. Thèse de Paris, 1905.

spéciaux rendent son développement passager plus durable ; une association microbienne permet au pneumocoque d'acquérir une vitalité supérieure à celle qu'il possède à l'ordinaire. Ces faits réalisables expérimentalement ne sont pas impossibles dans notre organisme même, et avec la résistance de l'individu à l'infection microbienne sont les facteurs de la virulence du microbe, décidant de son état saprophyte ou de son état pathogène et du degré de cet état pathogène.

Ce qu'il importe donc de considérer c'est la variabilité de ces facteurs, et parmi ceux-ci les associations microbiennes auxquelles on ne fait pas, nous semble-t-il, une place suffisante dans la pathogénie de certaines pneumonies prolongées.

La grippe fut la première maladie incriminée comme pouvant réaliser une prolongation de l'infection pneumonique. Rilliet et Barthez parlaient déjà de cette possibilité, ainsi que nous nous l'avons rappelé dans notre historique de la question.

Les modes de début des deux affections sont assez semblables ; frisson, fièvre, vomissements, toux sont des symptômes qui se rencontrent dans les deux alternatives, la courbature de la grippe peut simuler les douleurs abdominales ou le point de côté de la pneumonie.

On constate ainsi des symptômes généraux dont on attend la terminaison, mais bientôt des signes tardifs de pneumonie apparaissent, tandis

que l'état fébrile se maintient : il est facile de ne pas attribuer les symptômes primitifs à leur cause première, la grippe, et alors on intitule pneumonie prolongée, ce qui n'est que la succession de deux maladies, grippe, puis pneumonie ensuite.

Le diagnostic rétrospectif de cette association est difficile, et nous n'avons pu dans les observations, qu'il nous a été donné de compulser, reconnaître la succession des deux affections ; mais on conçoit avec facilité la possibilité du fait, d'autant plus que la première affection peut encore ajouter à la durée de la maladie, en augmentant occasionnellement, la virulence du pneumocoque.

La pneumonie et la tuberculose sont aussi une association fréquente. M. Raybaud, dans son article sur les pneumonies prolongées en fait une forme spéciale. Pour lui, le début est marqué par des phénomènes vagues, peut-être fièvre prétuberculeuse ; puis apparaît un foyer inflammatoire à un sommet, il s'agrandit petit à petit et régresse lentement pour prendre l'allure chronique de la tuberculose. Pour nous, nous ne croyons pas à l'unicité de la symptomatologie de la tuberculose et de la pneumonie ; les facteurs de cette association sont trop nombreux et, ne serait-ce que l'époque variable à laquelle la pneumonie vient compliquer la tuberculose, qu'on conçoit déjà combien se comportera différemment, la pneumonie survenant chez un tuberculeux ganglionnaire ou un tuberculeux pulmonaire à quelque période on

le prenne. L'association sera surtout intéressante dans certains cas de tuberculose muette, car alors on pourra attribuer à la pneumonie une prolongation qui ne sera due qu'à une bacillose superposée. Ce fait s'est passé dans l'observation suivante.

OBSERVATION I (Inédite)

(Service de M. professeur Hutinel.)

Pneumonie prolongée postérieurement
Évolution bacillaire

Raymond J..., âgé de onze ans, entre le 14 décembre 1911, salle Bouchut, nº 1.

L'enfant est amené à l'hôpital parce qu'il souffre de la tête et qu'il est fiévreux.

Antécédents héréditaires. — Les parents sont bien portants. La mère a eu trois enfants, l'un d'eux l'aîné est mort peu après sa naissance après un accouchement difficile.

Antécédents personnels. — L'enfant et venu ayant terme à huit mois, son poids à la naissance était de 2 kgr. 500, nourri au sein jusqu'à quatorze mois, a marché à quatorze mois. Premières dents à six mois. Rougeole à deux ans. Congestion pulmonaire à six ans. Végétations adénoïdes. Depuis sa dernière maladie, l'état de santé de l'enfant s'est modifié, il est devenu malingre et chétif.

Maladie actuelle. — Le début s'est produit le 11 décembre

1911 et s'est manifesté par de la céphalalgie. L'enfant est revenu de classe se plaignant de la tête, le soir, il avait de la fièvre et était abattu. Sa mère remarqua en même temps qu'il trisonnait un peu. Pas de point de côté, pas de vomissement.

14 décembre. — *Examen.* — Peau brûlante, céphalée pas de Babinski, un peu de raideur de la nuque un peu de Kernig, ganglions aux aines, aux aisselles.

Défaut d'expansion de la région sous-claviculaire du côté droit. Skodisme au même endroit et râles crépitants.

On fait une ponction lombaire qui donne un liquide clair contenant très peu d'albumine et pas du tout de lymphocytes. Température 40°1.

17 décembre. — *Examen.* — Grosse rate, gargouillement dans la fosse iliaque, langue pointue, collante.

On pense à un pneumotyphus. Température 40°2.

18 décembre. — Ensemencement de sang est négatif. Température 39°9.

19 décembre. — Séro-diagnostic est également négatif, l'état de l'enfant reste toujours le même, le soir, la tempéture atteint 40°8.

20 décembre. — Défervescence est complète permettant de confirmer pleinement le diagnostic de pneumonie malgré l'état de prostration et la longue durée de l'évolution.

27 décembre. — Souffle léger persiste à la partie moyenne du poumon droit. Adénopathie trachéo-bronchique.

L'enfant sort guéri de l'hôpital, mais deux mois après, il revient avec des signes très nets de bacillose pulmonaire.

Pendant la pneumonie que nous venons de relater la bacillose fut seulement soupçonnée. On nota des ganglions aux aisselles, de l'adénopathie trachéo-bronchique. Lorsqu'on revit l'enfant deux mois plus tard, il présentait alors des signes évidents de tuberculose, on se souvient que la pneumonie avait eu une durée normale et on attribua à la bacillose cette prolongation.

OBSERVATION II (Personnelle)

(Service de M. le professeur Hutinel.)

Pneumonie prolongée. — Bacillose

J. B..., âgée de huit ans, entre le 3 janvier 1912, salle Parrot, lit n° 24, parce qu'elle a de la fièvre et qu'elle se plaint de la tête.

Antécédents héréditaires. — La mère se dit bien portante. Elle a deux autres enfants en bonne santé également. Le père n'a jamais fait de maladie.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein. Premières dents à treize mois, premiers pas à dix-huit mois. Rougeole à trois ans. D'après la mère, l'enfant tousserait tous les hivers.

1er janvier 1912. — L'enfant qui, auparavant, était bien portante, est abattue et souffre de la tête, le soir la mère constate que la peau est brûlante, pas de frisson, le lendemain, point de côté à la région des fausses côtes.

3 janvier. — *Examen.* — Enfant amaigri, ganglions au cou et aux aines, réflexes normaux, pas de Kernig, matières dans l'intestin. Matité à la base droite sans souffle, léger stodisme sous la clavicule droite. Rien dans l'aisselle droite. Diagnostic : Pneumonie centrale droite. Respiration 44. Température 44°3. Pouls 132.

8 janvier. — Matité persiste à droite, léger souffle. Température 40°1 ; le soir, température 41 degrés.

9 janvier. — Séro-diagnostic est négatif. Rien au cœur, râles crépitants à droite.

10 janvier. — Râles et souffle du côté droit alors que depuis le matin la défervescence est complète.

L'intradermo-réaction, qui fut faite le 7, s'est montrée négative. Faite à nouveau le 10, elle s'est montrée positive cette seconde fois.

Dans ce cas nous constatons une pneumonie normale comme symptômes, elle dure dix jours, est marquée de phénomènes graves, l'intra-dermo est retardée, c'est-à-dire que négative le sixième jour, elle est positive le dixième jour. La suite ne nous a pas montré, comme dans l'observation I, qu'une tuberculose ait évolué postérieurement, mais vu l'adénopathie cervicale, la bronchite antérieure, l'intra-dermo-réaction positive, nous pensons à l'influence d'une bacillose latente sur l'évolution de cette pneumonie.

Behrend a attiré l'attention sur une forme de pneumonie devant son individualité à l'hépatisa-

tion pneumonique survenant chez un jeune paludéen. Cette pneumonie est caractérisée par des rémittences apyrétiques survenant pendant le cours de l'évolution pneumonique. Le même auteur met, en même temps, en lumière des formes analogues pouvant évoluer sur un terrain vierge de tout paludisme. Ces formes, différentes comme origine, difficiles à diagnostiquer par les symptômes physiques, se différencient facilement par le traitement ; la quinine n'ayant aucune influence sur cette pneumonie à forme spéciale, tandis que la fièvre tombe si on a affaire à du pneumo-paludisme. Ces pneumonies pseudo-paludéennes nous semblent se rapprocher de la tuberculose, cependant devant l'absence d'observation, il nous est impossible de tirer des conclusions dans un sens ou dans l'autre.

A côté des cas d'association que nous venons d'étudier : pneumonie et grippe, pneumonie et tuberculose, pneumonie et paludisme, existent d'autres faits plus exceptionnels reconnaissant pour cause d'autres associations et dont il faut aussi, croyons-nous, tenir compte dans certains cas de pneumonies prolongées.

Les quatre observations suivantes offrent à ce point de vue un intérêt spécial.

OBSERVATION III (Inédite)

(Service de M. le professeur Hutinel.)

Pneumonie à déferoescence lente

La petite Rosa S..., âgée de quatre ans, entre le 3 mai 1909 à la salle Parrot, lit n° 8.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants, ayant deux enfants, un est bien portant, le deuxième est la petite Rosa amenée à l'hôpital, elle est sujette à des bronchite fréquentes.

L'enfant est malade depuis le 30 avril, elle a vomi en rentrant de classe et elle s'est couchée depuis, elle a une forte fièvre et est très gênée pour respirer.

3 mai 1900. — *Examen.* — Fillette bien constituée les extrémités sont cyanosées, la respiration suspirieuse, incurvation des tibias, ganglions aux aines, abdomen un peu ballant, rien au foie, tachycardie. A l'auscultation, respiration soufflante au sommet droit dans la fosse sus-épineuse, vibrations exagérées, matité, pas de râles. Respiration un peu rude au sommet gauche. Température 38°1 le matin, 39°6 le soir.

4 mai 1909. — Intradermo-réaction négative. Température 40°5.

5 mai. — Pas de raideur de la nuque, signes locaux restent les mêmes. Température 40 degrés. Il est ordonné des injections d'huile camphrée.

7 mai. — Tendance au collapsus mais sans déferves-cence, signes locaux persistent. Température 39 degrés.

10 mai. — État général s'améliore, au sommet droit, il existe encore un souffle et de la matité, la température a baissé, mais non complètement, puisqu'elle est encore supérieure à 38 degrés.

12 mai. — Seulement défervescence définitive correspondant à l'apparition de râles de retour.

OBSERVATION IV (Inédite)

(Service de M. le professeur Hatinel)

Pneumonie à défervescence lente.

Marcel A..., âgé de six ans, entre le 14 février 1910 à la salle Bouchut, lit n° 2.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents personnels. — Seul enfant de la famille, n'a jamais été très fort, s'enrhume facilement, dort la bouche ouverte.

Histoire de la maladie. — Le début de l'affection date du 10 février et fut caractérisé par de la fièvre, anorexie délire, vomissements, toux, jusqu'au 14 la fièvre et la toux persistent.

14 février. — *Examen.* — L'enfant est pâle, amaigri, très dyspnéique, traces nettes de rachitisme, tibias incurrés, chapelet costal. Ganglions durs au cou et aux aines.

Appareil respiratoire : Skodisme sous-claviculaire gauche, en arrière submatité, souffle tubaire à la partie moyenne gauche.

La langue est saburrale, l'haleine fétide, les amyg-

dales très hypertrophiées, le foie normal, la rate non perceptible.

Système nerveux : Anxiété, douleurs des masses musculaires, pas de raideur de la nuque, pas de Kernig.

Dans les urines, pas d'albumine. Température 39°2, 39°6.

17 février. — Au sommet gauche, souffle tubaire et râles sous-crépitants. La température reste élévée à 39 degrés.

19 février. — Signes pulmonaires persistent. Température 38°8.

La descente fébrile ne commence que le 21 février, c'est-à-dire dix jours après le début de la maladie.

Pendant toute cette période la température a oscillée entre 39 et 40 degrés, de plus, la défervescence se fait lentement, il faut attendre au 23 février pour que celle-ci soit complète.

La convalescence évolue normalement.

OBSERVATION V (Inédite)

(Service de M. le professeur Hutinel)

Pneumonie à défervescence lente

L'enfant Blanche D..., âgée de quatre ans entre le 11 avril 1900, salle Parrot, lit n° 13 avec le diagnostic de méningite.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère bien portante, un enfant de deux ans est en bonne santé, un frère mort de méningite à deux ans, un frère mort de

méningite à un an, une sœur morte de diarrhée à quatre mois.

Antécédents personnels. — Elevée au biberon, premiers pas à deux ans, convulsions à deux ans. Coqueluche, rougeole sans complications. Déjà hospitalisée aux Enfants-Malades pour bronchite.

Maladie actuelle. — Depuis la coqueluche, apparue il y a six mois, l'enfant qui a toujours toussé se porte mal, elle a été hospitalisée à différentes reprises. Dans la nuit du 9 au 10 avril, l'enfant s'est plainte d'étouffements et quelques temps après, a vomi des aliments et de la bile. La céphalée était intense depuis ce jour, dyspnée, fièvre et diarrhée. Il ne semble pas y avoir eu de point de côté et la toux à maximum nocturne est sèche et quinteuse.

11 avril. — *Examen.* — Enfant un peu pâle, genu valgum, avec incurvation des diaphyses. Ganglions disséminés. Rien à l'abdomen dyspnée intense. Respiration 45, pouls, 148, température 40°5. Matité à la base gauche avec souffle se propageant dans toute la poitrine et quelques râles sous-crépitants.

15 avril.— La température oscille entre 38 et 39 degrés, souffle pneumonique persiste à la base gauche, les extrémités inférieures sont légèrement contracturées. A partir de ce jour, la température tombe lentement pour n'être définitive que le 24 avril, quatorzième jour de la maladie.

OBSERVATION VI (Inédite)

(Service de M. le professeur Hutinel)

Pneumonie à défervescence lente

B... Jules, âgé de quatre ans, entre le 16 mai 1909, salle Bouchut, n° 15, pour pneumonie.

Antécédents héréditaires. — Le père de l'enfant est bien portant actuellement, il a eu une fluxion de poitrine à quinze ans. La mère est bien portante. C'est le seul enfant.

Antécédents personnels. — A eu la rougeole à deux ans, et depuis cette époque deux congestions pulmonaires. C'est un enfant chétif.

Histoire de la maladie. — Le 9 mai, toux légère, lassitude, yeux larmoyants. Le 11, s'alite avec fièvre, délire anorexie, soif vive, toux, accuse une douleur assez bien localisée dans l'hypochondre droit. Depuis ce jour, reste alité avec les mêmes phénomènes, plus de constipation.

17 mai. — *Examen.* — La toux persiste sans expectoration. A la percussion, en avant, matité franche en haut et à droite, en arrière, submatité dans la fosse sus-épineuse droite. A l'auscultation, souffle tubaire au sommet droit. Pouls 120; respiration 60; température 40°4.

Jusqu'au 19 mai, la température demeure aux environs de 40 degrés, puis du 19 au 24 mai, la température oscille, diminuant lentement, pour n'être normale que le 24, quatorzième jour de la maladie.

Trois jours après la défervescence, on entend encore de nombreux râles de retour.

Ces quatre pneumonies dont nous venons de résumer l'histoire évoluent normalement d'abord, puis se déclarent anormales et prolongées par leur défervescence. Celle-ci au lieu de se produire d'emblée en crise se fit lentement en quatre ou cinq jours. Nous avons cherché ce qui pouvait bien

expliquer cette chute lente de la fièvre et chez nos quatre petits sujets nous avons rencontré chaque fois des antécédents pulmonaires nets. Tous quatre avaient eu, antérieurement à leur pneumonie, des bronchites ou des congestions pulmonaires uniques ou répétées ; et la défervescence lente ne peut s'expliquer, nous semble-t-il, que de ce fait ; le poumon ayant été au préalable sujet à des infections diverses, le pneumocoque n'a pas trouvé le terrain vierge qui lui est habituel de rencontrer chez l'enfant, et la phase de résolution a pu être anormalement prolongée, grâce peut-être à quelques microbes, qui, restés dans l'arbre bronchique lobulaire, ont pénétré dans les alvéoles à la faveur de l'hépatisation et continué durant quelques jours l'état fébrile primitivement causé par le pneumocoque.

Les infections du cavum pharyngien si fréquentes chez les enfants doivent aussi quelquefois permettre au pneumocoque de se déclarer pathogène. Citons à ce propos l'observation suivante :

OBSERVATION VII (Inédite)

(Service de M. le professeur Hutinel)

Pneumonie double successive précédée d'une angine.

Le nommé Albert B..., âgé de sept ans et demi, entre le 20 mars 1910, salle Bouchut, n° 7, pour pneumonie.

Parmi les antécédents personnels, relevons que, depuis un mois environ les oreilles coulent, cette otite double n'est pas consécutive à une affection reconnue ; pas de rougeole, pas d'infection du cavum, l'enfant ne ronfle pas la nuit et ne dort pas la bouche ouverte.

16 mars. — Cet écoulement a diminué et en même temps l'enfant a présenté une angine assez intense. La température est montée à 40 degrés, il y a eu de la dyspnée, pas de frisson, pas d'herpès, une toux intense. Depuis la fièvre est restée élevée, la dyspnée vive.

20 mars. — *Examen.* — Enfant assez maigre et d'aspect souffreteux, pas d'herpès aux lèvres, les yeux sont fatigués, la langue est saburrale.

A l'examen du thorax, on note à la base du poumon droit une zone de matité nette au niveau de laquelle la respiration est soufflante avec des râles crépitants, le foyer s'étend vers l'aisselle. Respiration : 36, température 39°6.

21 mars. — Le foyer de la base droite tend à s'atténuer. Au contraire, on note au sommet gauche une matité de la fosse sus-épineuse avec respiration soufflante et une couronne de râles crépitants au-dessus. En avant et dans l'aisselle, on entend la respiration plus soufflante.

L'état général est mauvais, le facies est profondément infecté. Pouls, 96, respiration, 36, température, 40°7.

24 mars — Souffle persiste encore à la base droite avec de nombreux râles sous-crépitants de retour. A gauche le souffle est très net. Température, 39°6. État général meilleur.

26 mars. — Défervescence commencée la veille se complète. A la base droite même souffle. Au sommet gauche

on entend des râles humides, la respiration est soufflante avec une légère submatité.

31 mars. — État local très amélioré, température normale.

5 avril. — La respiration redevient normale, otite gauche.

L'enfant reste maigre, mais on ne constate pas de bacillose.

La pneumonie fut précédée d'une angine et sans intervalle la pneumonie fit suite à cette première infection. Comme dans l'association grippe et pneumonie, la première infection eut pu passer inaperçue et naturellement on aurait appelé pneumonie prolongée ce qui n'aurait été que la succession de deux affections consécutives. Tel n'a pas été le cas et cependant la pneumonie fut de durée anormale et fait particulier intéressa deux lobes pulmonaires : le sommet gauche et la base droite. Cette pneumonie, précédée d'une angine, qui est par la suite à foyers multiples, nous fait penser nécessairement à une association microbienne, lorsque nous connaissons le pouvoir de localisation du pneumocoque ; et nous rapprochons ce cas des pneumonies que Trousseau qualifiait érysipélato-phlegmoneuse (1) et sur lesquelles l'accord, à l'heure actuelle, n'est pas encore fait pour savoir s'il s'agit du pneumocoque ou du streptocoque. Dans le cas

1. Cliniques de Trousseau, t. I, p. 884.

présent, nous inclinons à penser qu'au pneumocoque s'était probablement associé un autre microbe inconnu, virulent à l'occasion de l'angine et qui a continué son action pathogène au cours de la pneumonie secondaire, facilitant la possibilité d'un autre foyer d'hépatisation après la création du foyer primitif.

Sans association microbienne, sans affection préalable, la pneumonie peut, dans certains cas particuliers, affecter une forme spéciale due à la génération du pneumocoque par la voie sanguine, alors le pneumocoque existe dans la circulation et il a pu en être isolé (Abrami et Joltrain). Ces faits, dont nous avons déjà parlé, demeurent l'exception et doivent leur existence à des conditions spéciales de l'organisme. L'individu, au lieu d'être immunisé ainsi qu'à l'état habituel, est probablement anaphylactisé et ainsi est possible la dissémination du pneumocoque dans l'organisme ; mais, dans ce cas encore, la virulence du pneumocoque s'épuise vite et souvent malgré la gravité des phénomènes généraux, la pneumococcémie n'aboutit qu'à une localisation. La pneumonie s'ajoute au stade de pneumococcémie et il s'ensuit un allongement de la période fébrile, la première partie ayant été remarquable par l'absence absolue des phénomènes locaux.

Dans les observations que nous avons groupées aucune d'elles ne nous a paru pouvoir se rattacher nettement à cette pathogénie spéciale, mais nous

croyons bon de suppléer à cette insuffisance en publiant une intéressante observation de M. Méry.

OBSERVATION VIII

(Publiée par M. Méry, *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 1904, p. 97.)

Pneumococcémie précédant la pneumonie

Un enfant de huit ans entre à l'hôpital à cause d'une douleur très vive de l'épaule s'étendant au bras et à la jambe du côté droit. Il y avait de la fièvre, de l'agitation et même du délire le soir, ainsi qu'un certain état de stupeur. Néanmoins, l'enfant répondait aux questions qu'on lui posait tout en localisant mal les douleurs qui ne paraissaient pas siéger dans l'articulation elle-même. On pouvait éliminer, à coup sûr, la méningite et la fièvre typhoïde. On pensa plutôt à un rhumatisme parce que chez l'enfant les formes frustes du rhumatisme, viscérales d'emblée, ou ne se traduisant que par de la fièvre, ne sont pas rares. En pareil cas, le salicylate de soude agit bien en modifiant rapidement les symptômes. On essaya d'en donner, mais il n'eut aucune action. On s'arrêta à ce moment à l'hypothèse d'une forme anormale de tuberculose car le système respiratoire paraissait être l'origine des accidents, la respiration étant un peu affaissée avec une légère dyspnée. Pourtant, après une auscultation attentive, on ne trouvait rien de bien notable. La température qui se maintenait élevée, en outre, irrégulière.

Cet état persista ainsi pendant treize jours ; à ce moment on découvrit à l'auscultation un peu de souffle indiquant un foyer pneumonique profond qui se caractérisa plus tard bien nettement. La température baissa ensuite peu à peu et la courbe se termina tout à fait en lysis.

Le fait remarquable de cette observation est la façon dont le diagnostic erra pendant la première partie de la maladie. On pensa à du rhumatisme puis à de la tuberculose généralisée. A ce moment, il n'y avait, semble-t-il, qu'une chose certaine, on était en présence d'une infection généralisée, et la pneumococcémie, fait rare, ne pouvait se présenter à l'esprit.

En terminant ce chapitre, ajoutons : nous n'avons pas eu la prétention d'avoir passé en revue tous les cas spéciaux, toutes les associations morbides de quoi relèvent toutes les pneumonies prolongées ; mais nous croyons avoir montré la nécessité lorsqu'on se trouve en présence d'une pneumonie à durée anormale de chercher ailleurs que dans le poumon la cause de cette prolongation et qu'ainsi souvent on est conduit cliniquement à attribuer à une autre infection une partie de la durée de la maladie.

IV

FORMES CLINIQUES

De la pneumonie prolongée

Les cas de pneumonie, que nous avons été appelé à consulter dans le but de rédiger cette thèse, sont nombreux ; nos recherches ont porté sur 200 observations de pneumonie recueillies pendant ces dernières années dans le service de M. le professeur Hutinel à l'hôpital des Enfants-Malades.

La plupart d'entre elles ne présentaient aucun intérêt pour nous, qui nous placions à un point de vue spécial, nous avions en effet, pris comme règle de ne nous occuper que des pneumonies ayant une durée égale ou supérieure à dix jours et dont naturellement la prolongation ne serait pas sous l'influence de complications. Et ainsi nous ne sommes restés en présence que de 12 observations. Sur ce chiffre, nous en avons déjà publiées 7, montrant les associations microbiennes plus ou moins dissimulées qui étaient en cause dans ces cas. Il

ne nous reste que 5 observations pouvant prendre place au cours de ce chapitre.

Ces quelques cas réunis ne nous autorisent nullement à augmenter d'une classification nouvelle des pneumonies prolongées, la collection déjà nombreuse de celles-ci. Au surplus, la classification importe peu le plus souvent, mais comme il existe cependant réellement quelques cas qui ne sont susceptibles que d'une prolongation sans cause déterminée, nous croyons justifié le contenu de ce chapitre.

Occupons-nous d'abord des pneumonies dont la durée prolongée est sous l'influence de la multiplicité des foyers et distinguons successivement :

La pneumonie migratrice.

La pneumonie double successive.

La pneumonie à reprise.

La pneumonie migratrice ou serpigineuse comprend un foyer pneumonique primitif qui s'étend par la suite à la portion sus ou sous-jacente au lobe primitivement pris. La symptomatologie se comprend facilement. Pendant la première localisation on a les signes d'une pneumonie normale, puis petit à petit la matité augmente, les signes d'auscultation s'accentuent, s'étendent ; le foyer primitif peut arriver à la résolution prématurément, tandis que le foyer secondaire continue seul à évoluer pour son propre compte, et explique ainsi la prolongation de la période fébrile. Le plus souvent le diagnostic est facile, la résolution du

second foyer survient postérieurement à la résolution du premier, après une durée égale, ou à peu près, à celle ayant séparé leur début. Alors la crise qui juge la maladie ne survient que lors de la résolution du second foyer. Ce qui montre la variabilité de la modalité de cette forme spéciale, c'est le nombre de dénomination employées pour la désigner. On l'a qualifiée successivement d'extensive (Gillet), de progressive (Eichhorst), d'erratique (Strumpell), de récurrente (Stortz).

Ci-joint sont deux observations de pneumonie migratrice :

OBSERVATION IX (Inédite)

(Service de M. le professeur Hutinel.)

Pneumonie migratrice

André H..., âgé de trois ans et demi, entre le 23 décembre 1907 à la salle Bouchut, n° 13, pour pneumonie.

Antécédents héréditaires. — Les parents sont bien portants. Cinq enfants : trois vivants, deux morts ; l'un est mort quelques heures après sa naissance, l'autre est mort de méningite à six semaines.

Antécédents personnels. — Enfant venu à terme, élevé au sein jusqu'à dix-huit mois. A eu ses premières dents à dix mois, a marché à quatorze mois. N'a eu ni coqueluche, ni scarlatine.

Maladie actuelle. — Il y a treize jours, l'enfant a été pris de symptômes qui ressemblent à ceux de la rougeole (coryza, larmoiement, toux), puis apparition sur la face d'abord et le thorax ensuite de petites taches rouges. Cette éruption discrète fut suivie d'une légère desquamation deux jours après. Depuis l'enfant a continué à tousser, il avait de la fièvre, quelques douleurs abdominales et une diarrhée fétide, mais pas de vomissements.

24 décembre 1907. — *Examen.* — Pas de signes de rachitisme, rougeur de la pommette, toux quinteuse, mais peu fréquente. Respiration expiratoire.

Poumon. — Matité à la base droite, souffle et foyer de râles crépitants.

Langue blanche, lèvres sèches, mouvements convulsifs et battements des ailes du nez.

Pouls 140. Température 40 degrés. Respiration 40.

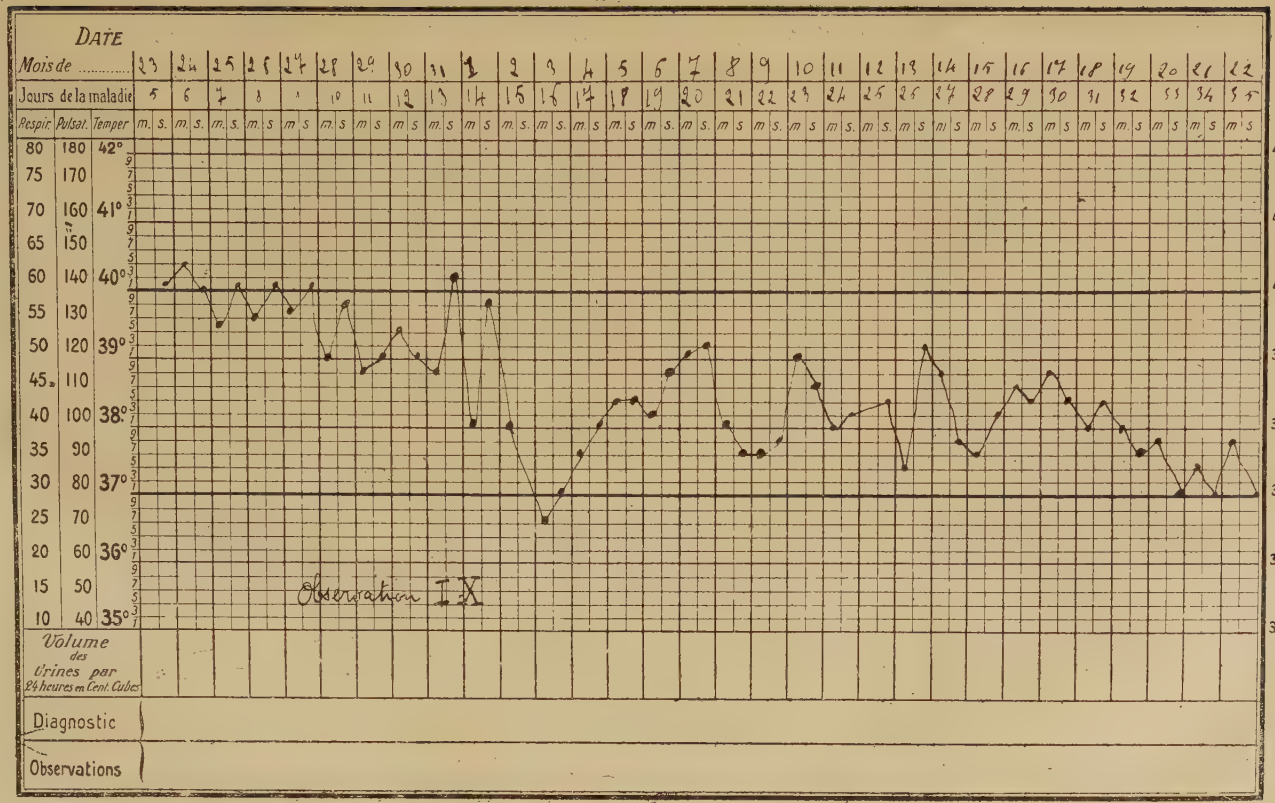
26 décembre. — Pommette très rouge à droite, lèvres sèches, respiration brève et expiratrice. Respiration 48. Pas d'otite, pas de péricardite. Grosse matité à la base droite.

Les râles ont presque diminué complètement, matité et souffle persistent. Température 40°2.

27 décembre. — Enfant oppressé, à droite, au sommet, submatité et souffle tubaire. Rien au cœur. Pas d'intermittence du pouls. Respiration 60. Température 40°1.

28 décembre. — Rougeur intense de la pommette droite. Myosis du côté malade. Matité et souffle persistent. Température 39°8.

2 janvier. — En arrière, il reste du souffle au sommet droit. De plus il y a des râles aux deux bases. En avant,


DATE
Mois de
Jours de la maladie
Respir. Pulsat. Temper
80 180 42°
75 170
70 160 41°
65 150
60 140 40°
55 130
50 120 39°
45 110
40 100 38°
35 90
30 80 37°
25 70
20 60 36°
15 50
10 40 35°
Observation IX
Volume des urines par 24 heures en Cent. Cubes
Diagnostic
Observations

à droite souffle plus intense qu'en arrière, à caractère tubo-amphorique. Température 38 degrés.

3 janvier. — Défervescence.

4 janvier. — Au sommet droit on entend un souffle et des râles humides, température remonte.

6 janvier. — Abcès de la cuisse droite consécutif à une injection d'huile camphrée, l'oppression est notable, la matité persiste au sommet droit avec souffle tubaire, un peu de raideur de la nuque. Respiration 40. Température 38°8.

8 janvier. — Région sous-claviculaire droite, souffle tubo-amphorique. Respiration 40. Température 38°2. Pouls 140.

9 janvier. — On pense à une pleurésie purulente, souffle s'étend dans l'aisselle, ponction blanche, température aux environs de 38 degrés.

13 janvier. — Radiographie montre de l'obscurité du sommet droit, dans la région axillaire droite, petite zone de matité et de souffle. Nouvelle ponction blanche.

16 janvier. — Matité au sommet droit. Le souffle persiste encore.

Jusqu'au 22 janvier, la fièvre subit des variations montant parfois jusqu'à 39 degrés, mais à partir de ce jour la température se maintient normale. Au sommet droit, il ne persiste qu'une légère submatité et une respiration soufflante.

OBSERVATION X (Inédite)

(Service de M. le professeur Hutinel)

Pneumonie migratrice

Le nommé Louis L..., âgé de quatorze ans et demi, entre salle Bouchut le 11 avril 1911, lit n° 1, pour fièvre et toux.

Antécédents héréditaires. — Mère asthmatique, cardiaque.

Père mort subitement.

Trois enfants vivants, dont celui amené à l'hôpital, les deux autres sont en bonne santé.

Sept enfants morts : un bacillaire, les autres de convulsions et de diarrhée infantile, pas de fausses couches.

Antécédents personnels.— Venu à huit mois bien constitué. Premières dents à dix mois, premiers pas à onze mois. Elevé au biberon. Jamais aucune maladie, ni de fièvre éruptive, pourtant coqueluche à trois ans.

Histoire de la maladie. — Ayant eu froid le 9 avril dernier, il est pris brusquement d'un point de côté siégeant dans l'abdomen gauche le soir du même jour. Pas de frisson mais dyspnée intense, tout mouvement exaspère la douleur du point de côté.

Toux violente, crachats « épaix et rouges » dit la mère.

Fièvre intense dès le début.

12 août. — *Examen.*— Enfant assez bien développé.

Pas d'érythème noueux, pas d'hyperesthésie des membres inférieurs.

Facies pâle, pas d'herpès, pas de rougeur d'une pom-

mette, la angue est saburrale, humide, le foie n'est pas hypertrophié ni douloureux.

La rate n'est pas perceptible.

A l'examen du thorax, on note en arrière une submatité avec résistance au doigt au sommet gauche et descendant jusqu'au milieu du poumon. A l'auscultation, la respiration est diminuée dans tout le poumon gauche avec quelques râles après la toux, crachats souillés typiques. Pouls : 104. Respiration, 36. Température 39 degrés.

13 avril. – Le souffle pneumonique s'étend dans la fosse sous-épineuse à gauche. Température 39° 5.

14 avril. — Ventre un peu ballonné, les signes sont très nets. Matité dans les deux tiers supérieurs du poumon gauche. Abolition des vibrations en bas sur une faible hauteur. Quelques frottements à la base gauche et en dessous la respiration est affaiblie révélant la présence d'un peu de liquide.

Pas de frottements péricardiques.

Pas de douleur phénique. Température 39° 7.

Intradermo-réaction positive.

18 avril. — Défervescence en lysis alors que jusqu'à ce jour la température s'était maintenue aux environs de 40 degrés. La défervescence est accompagnée des crises urinaire et sudorale. Les râles crépitants sont très nombreux dans toute la hauteur du poumon gauche.

21 avril. — Bon état général et local, la respiration redevient normale.

Contrairement à la pneumonie migratrice, *la pneumonie double successive* est interprétée de la

même façon par tous ceux qui l'ont observée. Pour M. Comby, il s'agit d'une pneumonie survevenant dans le poumon sain alors que le poumon malade n'est pas encore guéri. Cette définition nous paraît la plus simple et délimite bien les cas devant rentrer dans cette catégorie. Le point de côté ou la douleur latérale n'occupe pas les deux côtés à la fois, la dyspnée n'est pas pour cela plus forte. Ordinairement la pneumonie n'est pas double d'emblée (Schlesinger), l'envahissement a lieu à deux ou trois jours d'intervalle, et la pneumonie du côté atteint le dernier retarde sur celle de l'autre côté. La pneumonie double d'emblée doit faire se défier d'une broncho-pneumonie.

OBSERVATION XI (Inédite)

(Service de M. le professeur Hutinel.)

Pneumonie double successive

Raymond L..., âgée de quatre ans, entre le 31 janvier 1910 à la salle Parrot, lit n° 7.

Antécédents héréditaires. — Les parents sont bien portants, huit enfants, un est mort à neuf mois de broncho-pneumonie, les autres sont bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme. Nourrie au sein jusqu'à quinze mois. Premières dents à neuf mois. Premiers pas à quatorze mois. Diarrhée verte à dix-huit mois. Rougeole à deux ans et demi. Coqueluche à trois

ans. Varicelle il y a un mois. Depuis trois semaines, écoulement vulvaire tachant de jaune le linge.

29 janvier. — L'enfant se plaint de malaises généraux : mal à la tête, douleurs abdominales, quelques crises de toux, grand abattement auquel succède de l'agitation. Perte d'appetit, selles normales.

2 février. — *Examen.* — Belle enfant qui présente quelques traces de rachitisme et un gros ventre, il n'y a pas de ganglions. Foie n'est pas gros, la rate non plus, le cœur est rapide. L'enfant présente une dyspnée assez forte faisant agir ses muscles inspirateurs auxillaires, du battement des ailes du nez.

A la percussion, submatité au sommet droit et à la base gauche. A l'auscultation, la respiration est soufflante au sommet droit sans qu'on entende de râles. Il y a diminution notable du murmure vésiculaire à la base gauche.

Rien dans les aisselles.

Herpès labial et lingual, langue sale dépouillée, la gorge estun peu rouge. Température 40° 5.

2 février. — Dans les fortes inspirations, on entend, quelques râles au sommet droit, en avant, tonalité différente. Température 40° 2.

Intradermo-réaction est négative.

3 février. — Au sommet droit, on entend des râles de retour, la température reste supérieure à 40 degrés.

5 février. — Enfant plus calme, état général meilleur.

6 février. — Souffle cantonné au sommet droit, gagne tout le poumon.

8 février. — Râles humides à gauche, température 39° 2.

10 février. — Défervescence se complète 37° 8, 37° 6.

11 février. — Apyrétique.

12 février. — Nouvelle poussée de fièvre et on constate des râles humides sous-crépitants dans tout le poumon gauche.

A partir du 12 février, plus aucun sursaut fébrile et évolution normale à la guérison.

La pneumonie à rechute comprend deux pneumonies consécutives ayant évolué successivement, mais ayant été séparées par un intervalle apyrétique, il faut de plus que le second foyer se déclare pendant les trois ou quatre premiers jours de cet intervalle. Si ce laps de temps est trop considérable, nous avons alors une pneumonie récidivante que nous ne faisons pas rentrer dans le cadre des pneumonies prolongées.

Grisolle admettait chez l'adulte la pneumonie à rechute une fois sur vingt-huit, cette proportion paraît fortement exagérée et M. Chauffard l'a diminuée avec raison. Chez l'enfant, il ne semble pas que ce fait se rencontre plus fréquemment que chez l'adulte. Pour notre part nous n'avons pu noter une observation concernant cette subdivision.

Ces trois formes de pneumonies à foyers successifs ou multiples, dont nous venons de faire une description rapide se comportent dans leur ensemble d'une façon un peu spéciale, outre la durée qui est augmentée, le fait même que ces pneumonies ont pu être anormales comme évolu-

tion, demande l'intervention d'un pneumocoque à virulence exaltée ou un état de débilité spéciale de l'organisme. Cependant ces cas évoluent ordinairement vers la guérison, mais au cours de la maladie, des complications pourront survenir avec facilité et une fois la défervescence tardive survenue, la convalescence évoluera lentement, l'organisme ayant été plus fortement atteint par la double infection.

Reste à nous occuper des cas où la pneumonie est prolongée sur place. Ces formes sont très intéressantes n'étant pas expliquées d'emblée par des localisations multiples ou successives ainsi que dans les cas précédents. La plus fréquente de ces formes est certainement la forme typhoïde.

Forme typhoïde. — Les symptômes du début sont ceux d'une toute autre maladie qu'une pneumonie. M. Comby le décrit ainsi :

« Les signes physiques manquent pendant plusieurs jours quelque soin qu'on mette à les chercher, cependant l'enfant est abattu délirant : il a la langue sèche, rôtie, des fuliginosités aux dents et aux lèvres, il est dans un état ataxo-adynamique très prononcé, les signes physiques de la pneumonie deviennent enfin évidents, mais l'état typhoïde persiste, la défervescence est retardée, elle n'est pas brutale, elle simule par ses oscillations celle de la fièvre typhoïde ». Ce que nous devons retenir est l'analogie que présente alors la

pneumonie avec la fièvre typhoïde, mais d'après ce que nous avons dit des faits possibles pouvant précéder la pneumonie, nous croyons que dans ces cas il faut songer à la pneumococcémie précédant la pneumonie ou à la grippe préalable à la pneumonie. Ces deux hypothèses consacrent les deux opinions divergentes émises à la société de Pédiâtrie en 1900 par MM. Comby et Guinon, M. Comby soutint la coexistence de la grippe et de la pneumonie, M. Guinon l'existence primordiale de l'infection généralisée par la pneumocoque. Dernièrement encore, maintenant son opinion, M. Comby publiait dans *les Archives de médecine des enfants* (février 1912) une observation relatant l'histoire d'un garçon de dix ans et demi qui présenta postérieurement à une grippe une pneumonie grave avec mutisme et état typhoïde. Cette pneumonie dura vingt jours, puis l'enfant guérit. La durée de vingt jours ne comprenait que la durée de l'évolution pneumonique, la période grippale s'étant écoulée antérieurement. Cette observation montre que la grippe aurait, après avoir provoqué la pneumonie, influencé et sur la durée, et sur la forme de cette dernière. Cette étiologie de la pneumonie prolongée ne doit s'exercer que rarement et l'hypothèse de M. Guinon se rattache croyons-nous à de plus nombreux cas.

Quoiqu'il en soit, parmi les faits que nous avons recueillis, est une belle observation de pneumonie à forme typhoïde et nous la reproduisons.

OBSERVATION XII (Inédite)

(Service de M. le professeur Hutinel)

Pneumonie prolongée à forme thyphoïde

Andrée C..., âgée de sept ans, entre le 5 février 1912, salle Parrot, lit n° 23, pour congestion pulmonaire et dothiénentérie.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, ne tousse pas. Mère bien portante également. Un seul enfant, la malade.

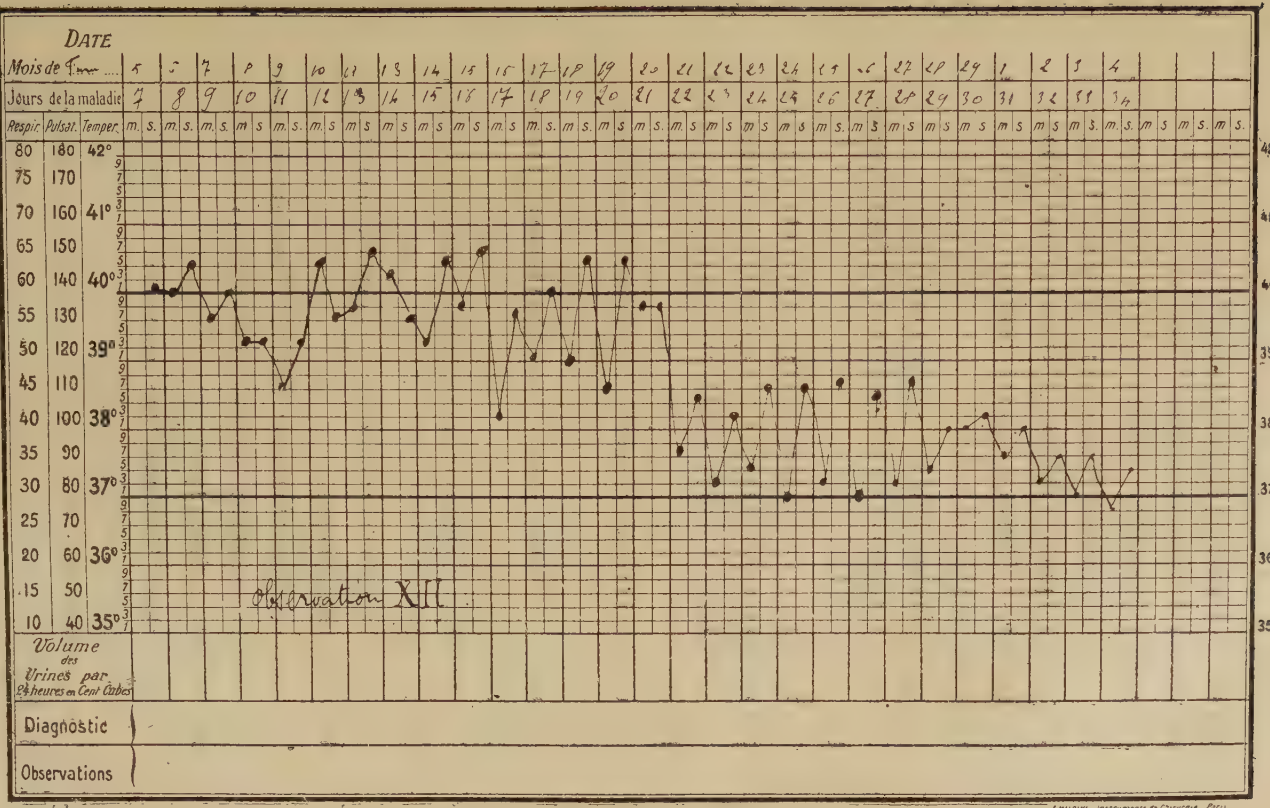
Antécédents personnels. — Née à terme. Nourrie au biberon à la campagne où elle a vécu jusqu'au mois d'avril 1911.

Jamais de maladies d'enfance, pourtant rougeole l'an dernier ; consécutivement à cette rougeole, elle aurait eu de l'entérite et la constipation serait habituelle.

Depuis quinze jours, elle tousse beaucoup, surtout la nuit, est alitée depuis le 29 janvier.

Elle était fort fiévreuse, se plaignait de maux de tête et vomissait. Le 1er février a eu une très forte diarrhée, la diète est observée depuis ce jour.

5 février. — *Examen.* — Peau chaude, pas de cyanose. Ventre un peu ballonné. Gargouillement dans la fosse iliaque droite, la rate est un peu grosse. Pouls, 128. Respiration 32. Température, 40 degrés. Auscultation à gauche, skodisme sous-claviculaire, M. le professeur Hutinel réclame la séro-réaction et une hémoculture, et ordonne des bains tièdes et des injections d'huile camphrée.


DATE
Mois de Juin
Jours de la maladie
Respir.
Pulsat.
Temper.
Observation XII
Volume des Urines par 24 heures en Cent Cubes
Diagnostic
Observations

6 février.— Séro-réaction et hémoculture sont trouvées négatives. Signes de pneumonie gauche et de dothiénentérie. Température 40°4. Respiration 40.

7 février.— Souffle et matité à la base gauche avec réaction pleuro-pulmonaire montrant l'existence de quelques gouttes de liquide. Selles diarrhéiques, gargouillement.

8 février. — Ventre ballonné, diarrhée, langue sèche, rôtie, pouls fréquent.

Respiration soufflante à la base gauche.

Le séro-diagnostic est à nouveau négatif. Température 39°4.

9 février. — Pas de taches, langue sèche et noire. Intradermo-réaction est négative. Température 39 degrés.

10 février. — Un peu de délire la nuit, et uu peu de Kernig.

Auscultation. Pneumonie à gauche, légers râles à droite.

Langue collante, urines peu abondantes. Température 39°8.

12 février. — Signes de pneumonie persistent. Température 40°3.

13 février. — Ventre ballonné, trois selles diarrhéiques. Température 40 degrés.

14 fév. — Séro-diagnostic négatif. Température 40°2.

16 février. — Matité persiste à la base gauche. Ponction blanche à cet endroit.

18 février. — Albumine dans les urines.

23 février. — Séro-réaction négative.

Du 23 au 27 février la température oscille entre 37 et 39 degrés, les signes pulmonaires de la base gauche

diminuent petit à petit d'intensité, puis apparition d'une otite double avec écoulement.

Pendant le mois de mars, la convalescence évolue normalement. L'otite double est guérie, mais de temps à autre une subite poussée fébrile dont on attribue la cause à l'entérite précèdant, déjà la pneumonie.

1er avril. — L'enfant est envoyé à Garches en convalescence, mais le 27 avril revient dans le service avec tous les signes d'une dothienentérie : taches rosées, langue sèche, collante, facies abattu, rate hypertrophiée, le séro-diagnostic aussitôt fait est cette fois-ci nettement positif au 1/10, au 1/30 et au 1/50.

Cette typhoïde évolue normalement vers la guérison. L'enfant est actuellement en convalescence. .

Dans cette observation, à l'entrée de l'enfant à l'hôpital, on voit que la pneumonie est caractérisée seulement par du skodisme sous-claviculaire ; en même temps cœxistent des signes absolument nets de dothiénentérie, mais hémoculture, séro-réation, intradermo-réaction, tous ces moyens aboutissent à des résultats négatifs. Enfin, la défervescence survient lentement et un otite double prolonge encore en terminant la période fébrile.

Cette observation vraiment typique de pneumonie prolongée à forme typhoïde montre bien toute la difficulté qui s'élève alors entre la pneumonie et l'infection éberthienne,il faut, de plus, penser à la double infection que l'on a appelé pneumotyplus qui est caractérisée par une fièvre typhoïde

à début pneumonique et dont le diagnostic avec l'affection que nous étudions est impossible sinon difficile si on n'a recours à des recherches de laboratoire.

En résumé, la forme typhoïde de la pneumonie est une pneumonie prolongée, qui peut correspondre soit à une grippe, soit à une infection généralisée pneumococique, et ce qui frappe, ce sont les phénomènes généraux qui sont ordinairement plus graves et plus durables que dans la pneumonie simple, le pronostic de cette forme est assez analogue à celui des formes à foyers multiples que nous avons déjà étudiées. La guérison est la règle, mais les complications sont relativement fréquentes, c'est ainsi que dans notre observation on nota de l'otite.

Mais cette forme ne comprend pas l'ensemble des pneumonies prolongées sur place, il est des faits qui ne sont composés que d'une pneumonie absolument normale comme symptômes, dont le début n'est en rien irrégulier et dont la particularité réside seule dans la durée des phènomènes fébriles et locaux. Nous pouvons, pensons-nous, catégoriser ces faits sous le nom de forme prolongée à symptômes normaux.

La forme prolongée à symptômes normaux ne peut être longue à décrire ; c'est la persistance de l'élévation thermique qui, seule, permet le diagnostic. Quant à sa cause, elle ne peut être expliquée que par la virulence variable du pneumo-

coque ou la différence de réaction de l'organisme, qui permet à la maladie cyclique, qu'est la pneumonie, d'allonger sa période d'état.

L'analyse rigoureuse de chaque pneumonie en particulier montre que cette forme est rare.

Parmi nos observations, nous ne pouvons y faire rentrer les observations III, IV, V, VI dont les antécédents montrent si clairement la raison de la prolongation, et seule une observation nous paraît pouvoir relever de la forme prolongée à symptômes normaux.

OBSERVATION XIII

Pneumonie prolongée à symptômes normaux

Suzanne V..., âgée de sept ans, entre le 13 juin 1909, salle Parrot, lit n° 12.

Antécédents héréditaires. — Père et mère sont bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme, elle était débile à sa naissance. Nourrie au biberon, elle fut élevée à la campagne. Rougeole à deux ans, coqueluche à deux ans et demie, bronchite à quatre ans.

Histoire de la maladie. — Le 9 juin dernier, elle est prise brusquement le soir de douleurs de ventre et de céphalée. Le lendemain toux.

14 juin. — *Examen.* — Actuellement un peu de Kernig. Signes de pneumonie au sommet droit. Température 39°6.

15 juin. — Température descend à 38°6, mais remonte

le soir du même jour à 39°6, et on constate un foyer de pneumonie franche au sommet droit.

La température se maintient élevée jusqu'au 18 soir.

Dans la nuit du 18 au 19, défervescence subite et définitive.

Intra-dermo-réaction positive.

La brièveté de cette histoire nous montre combien fut simple et banale la symptomatologie de ce cas particulier, ce qui nous permet précisément de la rattacher à la subdivision spéciale que nous avons faite.

V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la pneumonie de l'enfant, tout en étant le plus souvent facile, peut néanmoins présenter des difficultés d'interprétation inconnues chez l'adulte.

Le début si brusque, si solennel ne présente point chez l'enfant ces caractéristiques, les signes sont réduits et d'autant plus que l'enfant est moins âgé ; frissons, toux, point de côté sont variables à l'excès, et à ce moment c'est le plus souvent par exclusion que l'on fait le diagnostic, la pneumonie étant, après les fièvres éruptives, la plus fréquente des maladies de l'enfance.

Au début, succèdent des phénomènes généraux très intenses, le microbe pathogène met en éveil tous les systèmes : méningisme, délire, vomissements, constipation ou diarrhée, point de côté abdominal viennent compliquer la symptomatologie et gêner au diagnostic.

Au milieu de tous ces symptômes divers, l'examen du thorax a une grosse importance,

presque toujours on peut y déceler quelque chose d'anormal ; on doit se souvenir du signe de Weil qui peut être perçu en l'absence de tout autre, percuter la paroi thoracique qui peut déceler une légère submatité lobaire et suffire à faire le diagnostic de pneumonie. Des moyens de laboratoire sont de plus à notre disposition pour faire disparaître le doute dans certains cas difficiles (V. « Symptômes de la pneumonie »).

Le diagnostic de la pneumonie prolongée ne diffère en aucune façon du diagnostic de la pneumonie normale, le premier fait qu'il convient de certifier est l'existence de la pneumonie. Cette existence établie, il doit s'y ajouter une persistance des signes généraux et pulmonaires, en même temps qu'une absence complète de complications étant sous la dépendance de l'infection pneumonique ou d'une infection surajoutée. Ainsi compris le diagnostic de pneumonie prolongée résulte de deux ordres de facteurs : 1° Symptômes dépassant leur limite temporaire habituelle ; 2° Signes négatifs concernant chacune des complications usuelles survenant au cours de l'infection pneumonique.

Nous connaissons les symptômes de pneumonie persistante ; ceux-ci peuvent changer de place (pneumonie migratrice double, successive) ou se prolonger sur place. Comme nous l'avons vu ces signes locaux ne présentent rien de bien particulier, les signes généraux bien entendu persistent

tout en pouvant perdre une partie de leur acuité, mais sans s'éteindre d'une façon complète.

Les signes négatifs concernant les complications sont très importants, il faut à ce propos se rappeler les faits les plus fréquents pouvant survenir lors de la pneumonie. Ce sont : l'otite, la péricardite, la pleurésie purulente métapneumonique, la bronchite, l'angine, la péritonite, la méningite et plus exceptionnellement les néphrites, les arthrites, les ostéïtes, les synovites. On doit écarter successivement chacune de ces complications possibles, et le plus souvent c'est facile, le siège de la lésion compliquante étant différent du siège de la lésion primitive. Parmi elles, il en est une qui peut donner naissance à une erreur et faire attribuer faussement une prolongation à la pneumonie, nous voulons parler de la pleurésie.

M. le professeur Hutinel, dans son livre *Les maladies des enfants* fait de cette pleurésie spéciale la description suivante. « La véritable pleurésie pneumococcique c'est la pleurésie purulente tardive métapneumonique apparaissant au moment de la défervescence. Souvent alors cette défervescence se fait mal et incomplètement ; d'autres fois la température se relève seulement après quelques jours d'apyrexie. Cette pleurésie a pour caractères d'être enkystée, souvent interlobaire et très difficile à reconnaître, elle guérit assez fréquemment à la suite d'une ou de plusieurs évacuations du pus par vomique ». Pour éviter l'erreur si facile,

occasionnée par la méconnaissance de la pleurésie, c'est au trocard, croyons-nous, que l'on doit avoir recours ; il ne faut pas craindre de multiplier les ponctions et leur résultat permettra en y ajoutant les ressources de la radiographie de faire un diagnostic.

Parmi nos observations, nous ne voyons pas que l'erreur se soit produite mais tout au contraire instruit du fait possible que nous venons d'étudier et devant la persistance de la fièvre et des signes physiques à un sommet (obs. IX) il fut fait à deux reprises des ponctions exploratrices ; toutes deux furent blanches et montrèrent que les craintes de pleurésie possible ne se justifiaient pas et ainsi ayant éliminé cette complication, on porta, et d'ailleurs avec raison, le diagnostic de pneumonie prolongée.

La péricardite possible quoique rare sera toujours soupçonnée de façon à ne point la méconnaître ; la percussion, l'auscultation suffiront pour en écarter ou en admettre l'existence.

La méningite pneumococcique est d'une observation plus délicate, le signe de Kernig, la raideur de la nuque ne suffisent pas à porter ce diagnostic ; ce sont là des symptômes habituels de la pneumonie infantile et qui ne doivent surprendre que par leur persistance et leur intensité. Il faut alors recourir aux lumières de la ponction lombaire ; le plus souvent on obtiendra un liquide ne présentant aucune réaction leucocytaire qui imposera

le syndrome de méningisme, simple accident au cours d'une pneumonie ; mais certaines fois le liquide plus ou moins louche pourra révéler une infection méningée pneumococcique.

Nous pensons inutile d'aller plus loin dans notre diagnostic différentiel des complications de la pneumonie et de la pneumonie prolongée, les autres faits qui peuvent survenir sont des plus variables et ne permettent guère l'erreur.

Reste à nous occuper des erreurs possibles entre d'autres affections que les complications de la pneumonie ; la forme typhoïde surtout avec sa symptomatologie spéciale sera sujette au doute.

Le pneumotyphus ne présente aucune différence sensible avec cette forme et l'examen clinique le plus attentif conduira indifféremment ou au diagnostic de pneumo-typhus ou au diagnostic de pneumonie prolongée à forme typhoïde. Le pneumo-typhus, qui est une fièvre typhoïde à début pneumonique, est un fait relativement rare chez l'enfant, mais certaines épidémies de fièvre typhoïde semblent de préférence présenter ces cas.

Le début est ordinairement brusque, analogue à celui d'une pneumonie, à ce moment en effet le bacille d'Eberth n'a pas encore attaqué l'organisme et n'imprègne pas de ses caractères spéciaux l'affection commençante. Mais le sujet est en puissance d'infection éberthienne et l'infection locale fournit au bacille d'Eberth l'occasion d'exercer sa virulence et pendant la pneumonie

survient une fièvre typhoïde qui évolue pour son propre compte, surajoutant ces symptômes à ceux de la pneumonie préexistante. La fièvre typhoïde, qui chez l'enfant est ordinairement bénigne, ne présente pas toujours de la diarrhée, et peut évoluer sans taches rosées, compliquera cependant de sa symptomatologie les signes pulmonaires locaux ; et on conçoit que de ce fait le diagnostic entre la pneumonie et le pneumo-typhus sera difficile à discerner. L'évolution ultérieure ne donnera pas forcément la cause de tous ces accidents, les affections étant également susceptibles de défervescence tardive et lente. Dans ces cas embarrassants le dicrotisme du pouls, la tension artérielle abaissée, l'abattement, une grosse rate seront en faveur de l'infection éberthienne, mais ces petits signes ne suffiront que rarement. C'est la recherche du séro-diagnostic qui sera nécessaire, permettant d'admettre ou de rejeter l'infection éberthienne et de qualifier la maladie suivant le résultat bactériologique de pneumonie prolongée à forme typhoïde ou de pneumo-typhus. Notre observation XII est un bel exemple de la difficulté du diagnostic différentiel entre ces deux infections. Jusqu'à la terminaison de la maladie on cru à un pneumo-typhus, l'enfant présentant seulement un retard à l'agglutination, on répéta le séro-diagnostic, mais quatre fois il se montra négatif et force fut d'admettre la pneumonie prolongée à forme typhoïde.

La broncho-pneumonie peut, dans certains cas, offrir de sérieuses difficultés de diagnostic avec la pneumonie à foyers multiples. Il faut se rappeler les attributs de cette infection, maladie épidémique, elle s'attaque principalement au nourrisson succédant à une maladie de l'enfance, rougeole, coqueluche, diphtérie, gastro-entérite. Les signes d'auscultation sont mobiles, variables comme caractère, comme intensité, la matité est rarement nette, la courbe de la température est des plus inégales, présentant des inversions, des plateaux, la défervescence ne suit aucune règle survenant de façon différente suivant les cas.

La tuberculose est quelquefois la cause d'une pneumonie dont la période fébrile se prolonge et dont les symptômes locaux persistent pendant quelques jours. C'est ordinairement une tuberculose plus ou moins latente caractérisée par des ganglions caséifiés siégeant à la racine des bronches qui impriment ainsi à la pneumonie une marche spéciale. Deux de nos observations (I et II) présentent cette association plus ou moins dissimulée.

La pneumonie caséeuse, que précède parfois un très bon état général, peut augmenter encore la difficulté du diagnostic, l'intradermo-réaction peut rester cependant négative. Alors, dans ce cas, l'amaigrissement au cours même de la pyrexie, l'évolution chronique vient montrer péremptoirement l'origine de la maladie, qui a pu par erreur être rattachée au pneumocoque. Mais avant

ce dénouement fatal on peut faire intervenir tous les petits signes de la pneumonie ; la fibrino-réaction, l'hyperleucocytose, le séro-diagnostic pneumococcique, et ceux-ci attribuant aux signes locaux et généraux leur véritable signification, permettront peut-être le diagnostic de l'affection.

Une dernière forme de tuberculose peut simuler la marche de la pneumonie prolongée, c'est la granulie. Cette infection ressemble fort parfois à la pneumonie à forme typhoïde. Les petits signes de la bacillémie tuberculeuse pourront nous aider. Il faudra rechercher la douleur hépatique provoquée par la palpation du rebord chondro-costal droit, (M. Hutinel) compter le pouls, ausculter le cœur, examiner la marche de la température qui peut présenter du type inverse. La dyspnée sera constante et très intense pouvant s'accompagner de phénomènes asphyxiques.

Nous nous arrêterons, ici, dans notre énumération des affections pouvant simuler la pneumonie prolongée ; sans spécifier quelques autres rares maladies qui présentent dans des circonstances exceptionnelles une analogie avec la pneumonie prolongés.

CONCLUSIONS

I. — Chez l'enfant la pneumonie prolongée est une affection rare.

II. — Lorsqu'une pneumonie est prolongée, on doit pouvoir la rattacher à une des formes suivantes :

1° Pneumonies à foyers multiples :

a) Pneumonie migratrice;

b) Pneumonie double successive ;

c) Pneumonie à rechute.

2° Pneumonies prolongées à foyer unique :

a) Pneumonie typhoïde ;

b) Pneumonie prolongée à symptômes normaux.

III. — Parmi les causes pathogéniques, qui font de cette pneumonie, une pneumonie prolongée dans son évolution, il faut retenir en première ligne l'exaltation de virulence du pneumocoque due à une association microbienne ou une pneumococcémie précédant la localisation pulmonaire.

IV. — Les associations microbiennes susceptibles de donner une plus longue durée à la pneu-

monie sont principalement : la tuberculose, la grippe, les angines, les infections du cavum. Toutes ces infections modifient le terrain comme le fait le paludisme.

V. — Le diagnostic est quelquefois délicat, car on peut croire le plus souvent à une pneumonie prolongée quand il s'agit d'un pneumo-typhus ou réciproquement.

VI. — Le pronostic immédiat est celui de la pneumonie ordinaire, franche, aiguë ; le pronostic éloigné est celui de toutes les complications pouvant survenir au cours d'une pneumonie, qu'elle évolue sur un terrain normal ou qu'elle évolue sur un terrain en moindre résistance. Le traitement ne diffère en rien de celui de la pneumonie ordinaire.

Vu : le Président de thèse,
HUTINEL

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD et GRENET. — Pneumonie récidivante. Soc. médicale des hôpitaux, 30 juin 1905.

AUDEOUD. — Triple pneumonie de la base gauche chez un garçon de dix ans. Société médicale de Genève, 5 avril 1905.

— Notice statistique sur les pneumonies franches observées à l'hôpital cantonnal de Genève, 1900-1907 (Revue médicale de la Suisse romande. Genève, 1907).

BILLEBAUX. — La Fièvre dans la pneumonie des enfants. Thèse de Paris, 1907-1908.

BLUMENTHAL. — Un cas de pneumonie infantile à évolution typhoïde (Journal médical de Bruxelles, 13 octobre 1904.

BOURGEOIS. — Pneumonies prolongées. Thèse de Paris, 1905-1906.

BRETON et DUCATILLON. — Spléno-pneumonie à forme prolongée (l'Écho médical du Nord, 28 septembre 1908.

CHARCOT. — Pneumonie chronique, 1860.

CHAUFFARD. — Pneumonie franche à rechute (Presse médicale, 18 janvier 1899).

COMBY. — Pneumonie prolongée du sommet droit (Archives de Médecine des enfants, février 1912).

DAMASCHINO. — Des Différentes formes de la pneumonie aiguë chez les enfants. Thèse de Paris, 1867.

DUNLOP (G.-H.-M.). — Some considerations regarding pneumonia in children drawn from an analysis of 500 cases (Brit. M. J. Lond., 1908, p. 367-372).

DURBECÉ. — Contribution au diagnostic de la pneumonie infantile. Thèse de Paris, 1901-1902.

D'Espine. — Congrès de Rome, 1894.

D'Espine et Picot. — Traité des maladies de l'enfance, 1899.

Escherich. — Contribution à l'étude clinique de la pneumonie chez l'enfant (Wien. med. Wochenschr., 1910, p. 265).

Gillet. — Particularités et formes de la pneumonie fibrineuse chez l'enfant (Gazette des hôpitaux, 27 juin 1903).

Grancher et Comby. — Traité des maladies de l'enfance, 2e édition, 1904.

Grisolles. — Traité de la pneumonie, 2e édit., 1864.

Hallion. — Immunisation et anaphylaxie (Paris médical, 1911).

Hayem (Edmond). — Étude clinique de la pneumonie franche aiguë chez l'enfant. Thèse de Paris, 1905-1906.

Hutinel. — Défervescence de la pneumonie chez l'enfant (Revue internationale de Médecine et de Chirurgie, 25 octobre 1908).

— Les Maladies des enfants. 1909. Article : Pneumonie, Hutinel et Paisseau.

— Formes cliniques de la pneumonie infantile (Leçon clinique du 29 décembre 1911).

— Pneumotyphus (Leçon clinique du 10 février 1912).

Kaler, Jeandelize et Lefebvre. — Cent cas de pneumonie franche chez l'enfant (Revue médicale de l'Est, 1898).

Kamensky. — De la Pneumonie franche à rechute. Thèse de Paris, 1899.

Larozière. — De la Bénignité de la pneumonie fibrineuse à pneumocoque chez les enfants. Thèse de Paris, 1911.

Leroux. — Note sur deux cas de pneumonie prolongée. Société de Pédiâtrie, 13 novembre 1900.

Lorne. — Étude sur la pneumonie franche aiguë du premier âge. Thèse de Paris, 1907-1908.

Macé. — Traité pratique de Bactériologie, 6e édit., 1912.

Madinier. — Contribution à l'étude des anomalies du type fébrile dans la pneumonie fibrineuse particulièrement chez les enfants. Thèse de Lyon, 1893-1894.

Marfan. — Formes anormales et compliquées et traitement de la pneumonie infantile (Semaine médicale, 1900).

Masbrenier. — De l'Emploi des différents procédés de laboratoire dans le diagnostic pratiqué de la fièvre typhoïde chez l'enfant. Thèse de Paris, 1900-1901.

MAZINGARBE. — Quelques variétés cliniques rares de la pneumonie. Thèse de Paris, 1907-1908.

MARTINET. — Pneumonie à forme intermittente (Presse médicale, 8 juin 1907).

MÉNÉTRIER. — Pneumococcie pseudo-membraneuse bronchopulmonaire chez un enfant de deux ans (Bull. et mém. de la Soc. médicale des hôpitaux de Paris, 1904.

MÉRY. — Forme anormale de la pneumonie chez un enfant (Journal de Méd. et de Chir. pratique, 1904, p. 97).

MOUTIER. — La Fièvre pneumonique (Revue de Médecine de Paris, 1906, p. 738).

MONTEL. — De la Résolution lente de la pneumonie lobaire, aiguë. Thèse de Paris, 1900-1901.

NOBÉCOURT. — Précis de Médecine infantile, 2e édit., 1912 p. 390.

NIVET. — Pneumo-typhoïde (Bull. Soc. de Méd. pratic., 1889, p. 897.

Nouveau dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, 1880.

PALIER. — Atypical forms of pneumonia a clinical study (The N.-Y. medical journal, 16 sept. 1899).

PAUMELLE. — Pouls dans la pneumonie franche des enfants. Thèse de Paris, 1896.

Pratique des maladies des enfants, 1911. Art. : Pneumonie, par Hallé et Ar. Delille.

RANCHER. — Étude sur les formes de la pneumonie prolongée chez l'enfant. Thèse de Paris, 1904.

RAYBAUD. — Les Formes prolongées de la pneumonie lobaire chez l'enfant (Marseille médical, février 1902).

RABAUT. — De la Pneumonie chez l'enfant au-dessus de deux ans. Thèse de Paris, 1902-1903.

RILLET et BARTHIEZ. — De la Pneumonie des enfants, 1838.

— Traité des maladies des enfants, 1843.

SCHOULL. — Du pneumo-paludisme du sommet. Société de Médecine et de Chirurgie de Tunis, octobre 1900.

SOUVETT (John). — An analysis of 118 cases of lobar pneumonia in infancy (Arch. of Pediat., sept. 1904.

SPOVNER CHURCHILL. — A case of pneumonia with unusual temperature record (Arch. of Pediat, juin 1904).

SZONTAH (Félix). — Beitträge zur Kenntriss der Lungenzün-